

Planejamento Inicial de Tratamento Ortodôntico

Código Beneficiário: 902025 1187092 000012 01

Beneficiário: Gabriel Teixeira Rocha

Titular: Gabriel Teixeira Rocha

Dentista: Camilla Helena Delato

CRO/UF: 21.236

Dentição:	Permanente (x)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (x)	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I (x) II () III ()	Esquerda I (x) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente (x)	Desvio Superior: Direita () Esquerda ()	Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet:	Normal (x)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula (x)
Apinhamento:	Sim (x)	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Diastemas Sim () Não (x)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	Radicular: Sim () Não (x)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (x)	Sim (x)	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
			Implantes (x) Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Aumentar para colocar implante

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: Aparelho ortodôntico fixo convencional

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Desgaste Inter proximal: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Fixa - tubos Inferior (tipo): Fixa - tubos

Prognóstico: Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 24

Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente? Não (x) Sim () Há quanto tempo?

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a OdontoLife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Camilla V. Sanches
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 21.236